



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

GUIA SUPERVISION DE PRESTADORES DE SALUD

OCTUBRE DE 2009

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Management Systems International.

GUIA SUPERVISION DE PRESTADORES DE SALUD



600 Water Street, SW, Washington, DC 20024, USA
Tel: +1.202.484.7170 | Fax: +1. 202.488.0754
www.msiworldwide.com

Contracted under Task Order Contract: DFD-I-03-05-00221-00

Colombia Regional Governance & Consolidation Program CIMIENTOS

DISCLAIMER

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

CONTENTS

1.	Introducción	1
2.	Alcance	1
3.	Objetivos	2
4.	Marco Legal	3
5.	Responsables	3
6.	Metodología	3
	6.1. Proceso de preparación de la visita de supervisión.....	6
	6.2. Etapas de la visita de supervisión.....	6
	6.2.1. Planeación de la Visita.....	7
	6.2.2. Ejecución de la Visita	8
7.	Recomendaciones	11
8.	Glosario de términos	11
9.	Bibliografía	17
10.	ANEXOS	18
	1. ACTA DE VISITA DE SUPERVISION A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	18
	2. LISTA DE VERIFICACION DEL SERVICIO DE ASIGNACIÓN DE CITAS	20
	3. LISTA DE VERIFICACION DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS	22
	4. LISTA DE VERIFICACION DEL SERVICIO DE URGENCIA	23
	5. LISTA DE VERIFICACION DELSERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	26
	6. VERIFICACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	29
	7. VERIFICACION DEL CONSULTORIO DE TOMA DE CITOLOGIAS	30
	8. VERIFICACION DEL CONSULTORIO DE ENFERMERIA	32
	9. VERIFICACION DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	34
	10. VERIFICACION AL AREA DE SERVICIOS GENERALES	37
	11. VERIFICACION DEL SERVICIO DE TOMA DE MUESTRA	39
	12. VERIFICACION SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	40
	13. LISTADO DE EQUIPOS, INSUMOS Y TALENTO HUMANO DEFICITARIOS EN LA INSTITUCIÓN.....	45
	14. VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION.....	48
	15. ACTA DE VISITA DE SEGUIMIENTO A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	55

I. INTRODUCCIÓN

La presente guía fue elaborada por el Programa CIMIENTOS de USAID, y entregada a los Alcaldes beneficiarios del programa, como un aporte de la cooperación técnica que brinda USAID al fortalecimiento de la gobernabilidad, específicamente para realizar supervisión en tiempo real a la calidad de atención que brindan los prestadores de los servicios de salud en los municipios.

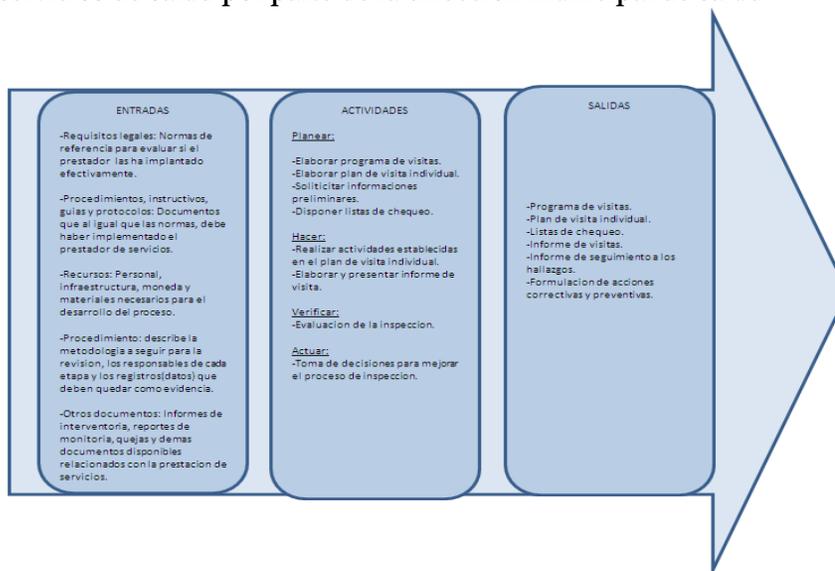
Dirección del Programa CIMIENTOS: María Antonieta Menjivar.

Dirección Conceptual y Metodológica de la Guía: Mauricio Casasfranco Vanegas, Subdirector Programa CIMIENTOS; Jacqueline Acosta de la Hoz, Coordinadora Componente Salud Programa CIMIENTOS; Equipo de Asesoras en Salud Regional Programa CIMIENTOS.

2. ALCANCE

La guía de procesos y procedimientos de visitas inspectivas de salud municipal, es un instrumento técnico en permanente construcción, el cual permitirá a la administración municipal verificar en tiempo real a partir de la información contenida en el registro especial de prestadores de servicios de salud, que los prestadores del servicio ubicados en la jurisdicción municipal, cumplan con los estándares de atención en términos de oportunidad, calidad y cobertura para los servicios para los cuales fueron habilitados por parte de la autoridad departamental o nacional (Flujograma 1).

Flujograma 1. Estructura metodológica de la guía de para realizar visitas a los prestadores de servicios de salud por parte de la dirección municipal de salud



Esta guía es una herramienta que orientará las labores de supervisión que por Ley le corresponde al Alcalde, con el fin de garantizar el acceso y la calidad en los servicios de salud para los ciudadanos del municipio.

Nombre del servicio en el primer nivel de complejidad que pueden estar habilitados:

- Medicina general

- Enfermería
- Odontología
- Urgencias
- Laboratorio clínico
- Radiología
- Servicio farmacéutico o suministro de medicamentos
- Atención domiciliaria
- Unidad móvil
- Toma de muestras
- Transporte asistencial básico

3. OBJETIVOS

- Facilitar a los Alcaldes, el cumplimiento de la función establecida en el artículo 44 numeral 44.1.3, de la Ley 715 de diciembre 21 de 2001. “Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción”.
- Ofrecer una guía de procesos y procedimientos de visitas inspectivas que permita a los Alcaldes supervisar en tiempo real la prestación de los servicios de salud, por parte de los distintos prestadores de su jurisdicción.
- Armonizar entre las distintas instituciones del gobierno nacional, departamental y municipal, el intercambio de información sobre las operaciones de los distintos prestadores del servicio de Salud en su jurisdicción.
- Mejorar la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos, por parte de los prestadores del sistema.
- Apoyar a la secretaria de salud departamental, en el ejercicio de su función de inspección, vigilancia y control a los prestadores de la salud en su jurisdicción.
- Apoyar a la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, en su labor de inspección, vigilancia y control.

4. MARCO LEGAL

Esta guía se elabora con base en el marco jurídico de la Circular 054 de 2009 de la Superintendencia Nacional de Salud, en especial las normas relacionadas a continuación:

Leyes	Decretos	Resoluciones
Ley 100 de 1993 Ley 715 de 2001 Ley 1122 de 2007	Decreto 1757 de 2004 Decreto 2200 de 2005 Decreto 2323 de 2006 Decreto 2330 de 2006 Decreto 1011 de 2006 Decreto 3518 de 2006 Decreto 1018 de 2007 Decreto 4747 de 2007	Resolución 1164 de 2002 Resolución 1445 de 2006 Resolución 1043 de 2006 Resolución 1446 de 2006 Resolución 1403 de 2007 Resolución 660 de 2008 Resolución 2181 de 2008

5. RESPONSABLES

- Alcalde Municipal: Responsable de hacer cumplir lo definido en la presente guía
- Secretaria(o) de Salud Municipal o a quien se delegue: Responsable de ejecutar este procedimiento en los prestadores de servicios de salud del municipio, incluidos aquellos que hacen parte de la red de prestadores de las EPS, cuando por caso excepcional asuman la función de supervisión o interventoría interna de los contratos de aseguramiento.
- Interventor(a) de régimen subsidiado: Responsable de ejecutar este procedimiento para la red de prestadores de servicios de salud de orden municipal que tienen contrato con las EPS-S contratadas.

6. METODOLOGÍA

Esta guía metodológica aplica técnicas de auditoría, por ser este un método práctico para fundamentar sus opiniones y conclusiones. Su empleo se basa en su criterio o juicio, según las circunstancias valoradas.

Las técnicas se clasifican en oculares, verbales, escritas, revisión del contenido de documentos y por examen o inspección física. A continuación se describe cada una de ellas:

- **Ocular.** Consiste en verificar en forma directa (tiempo real) la manera como los responsables desarrollan y documentan los procesos o procedimientos mediante los cuales la organización ejecuta las actividades objeto de supervisión. Esta técnica, permite visualizar la institución desde su organización, sus directivos, sus instalaciones físicas, su ejecución operacional diaria y su relación con el entorno.
- **Verbal.** Se obtiene información mediante indagaciones dentro o fuera de la entidad, sobre posibles hallazgos en la aplicación de los procedimientos, prácticas de control y otras situaciones que el funcionario considere relevantes para su trabajo. La evidencia que se tenga a través de esta técnica debe documentarse adecuadamente mediante memorandos preparados por el visitador en el cual se describen las partes involucradas y los aspectos tratados.

- **Escrita.** Consiste en registrar información que a juicio del funcionario visitador sea importante dentro de su trabajo, para el análisis de todos los elementos que en un momento dado pueden afectar la operatividad de la entidad supervisada.
- **Documental.** Consiste en obtener información escrita que permita soportar las afirmaciones, análisis o estudios realizados por los funcionarios visitadores. Son de comprobación cuando se verifica la evidencia que sustenta una operación o transacción con el fin de corroborar su autoridad, legalidad, propiedad, veracidad. Por ejemplo, el examen del documento: contrato de prestación de servicios y los procedimientos de atención.
- **Inspección física.** Es el examen in situ de los planes, programas o proyectos, contratos, indicadores, registros, documentos o activos tangibles. La confiabilidad proporcionada por la inspección de documentos y registros depende de su naturaleza, fuente y eficacia sobre su procesamiento. Es el reconocimiento real sobre hechos o situaciones dadas en tiempo y espacio determinados.
- **La entrevista.** Las entrevistas es una de las fuentes primarias de información para los funcionarios visitadores; por lo tanto, se deben preparar con anticipación. Para la entrevista se requiere:
 - Selección cuidadosa de los entrevistados
 - Coordinación para la elaboración de una agenda de aplicación, con suficiente anticipación para asegurar la participación de los entrevistados y evitar una posible duplicación.
 - Revisión de la información disponible.
- **La Encuesta.** Es un instrumento de recolección de información. El cuestionario está conformado por un conjunto de preguntas. Sirve básicamente para indagar sobre un asunto determinado y para medir, una o más variables dentro de un mismo estudio, en una misma población sujeto que reúna las condiciones requeridas de acuerdo con el proyecto o tema. El cuestionario estará conformado por:
 - Información o datos de quien elabora la encuesta
 - Objetivos o propósitos de la misma
 - Instrucciones para su diligenciamiento (Como contestar las preguntas)
 - Formato de preguntas
 - Categorías de respuestas
 - Espacio para observaciones adicionales.

El método de tabulación debe escogerse durante el diseño de la encuesta. El diseño de encuesta y la tabulación tienen que ser compatibles. Si algunas preguntas son contradictorias, sepárelas para realizar una confirmación directa. Existen diversas formas de hacer el análisis de la información, entre tantos métodos que pueden ser utilizados, se plantean los siguientes:

- **Diagrama de Flujo.** Es la representación gráfica que muestra los pasos secuenciales de un proceso y la relación existente entre ellos. Sirve para entender mediante visualización las operaciones de la entidad y específicamente cada proceso. Para su elaboración se utilizan símbolos que representen la iniciación y terminación del proceso y los tiempos de duración.
- **Matriz DOFA.** Es una herramienta de comparación. Utiliza información producto de la evaluación de los factores internos, externos y del perfil competitivo de una organización, servicios, etc, la cual es recogida en una matriz. La confrontación de las debilidades y fortalezas internas con las amenazas y oportunidades externas origina estrategias alternativas factibles de

realizar, con el objeto de mitigar o prevenir dichos factores internos y externos. Los pasos para construir una matriz DOFA son:

- Hacer una lista de fortalezas internas claves.
- Hacer una lista de debilidades internas decisivas.
- Hacer una lista de oportunidades externas importantes.
- Hacer una lista de amenazas externas claves

Para una adecuada lectura de la Matriz **DOFA** se debe (ver ejemplo):

- Comparar las fortalezas internas con las oportunidades externas y registrar las estrategias FO resultantes.
- Cotejar las debilidades internas con las oportunidades externas y registrar las estrategias DO.
- Comparar las fortalezas internas con las amenazas externas y registrar las estrategias FA resultantes.
- Hacer comparación de las debilidades internas con las amenazas externas y registrar las estrategias DA resultantes.

Ejemplo de Matriz DOFA

Dejar siempre en blanco.	DEBILIDADES (D)	FORTALEZAS (F)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. Hacer lista 4. de fortalezas 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Hacer lista 3. de debilidades 4. 5.
OPORTUNIDAD (O)	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Hacer lista 3. de oportunidades 4. 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Uso de fortalezas para 3. aprovechar 4. oportunidades 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Vencer debilidades 3. aprovechando 4. oportunidades 5.
AMENAZAS (A)	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Hacer lista 3. de amenazas 4. 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Usar fortalezas para 3. evitar amenazas 4. 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir a un 2. mínimo las 3. debilidades 4. y evitar 5. amenazas

- **Acta de de visita de supervisión.** El acta de visita, firmado por el gerente o responsable del servicio visitado y el supervisor del municipio, son necesarios para respaldar el trabajo realizado por el supervisor; son así mismo, registros de lo observado y un informe de soporte sirven para facilitar análisis, seguimiento y evaluaciones a los planes de mejoramiento que suscriba la ESE/IPS (Anexo 1).

6.1. Proceso de preparación de la visita de supervisión.

La gestión del conocimiento es la principal herramienta para el desarrollo del proceso de la visita de supervisión. En este contexto, se deberá contar con la información que permita tener plenamente identificada la EPS, ESE y las IPS que prestan servicios de salud en su jurisdicción.

Para este efecto, deberán contar con la lista de EPS y prestadores de servicios de salud o empresa social del estado registradas en el territorio. Para ello, se solicita esta información a la Secretaria de Salud del Departamento o se obtiene a través de la página web del Ministerio de la Protección Social: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/>.

El archivo deberá contener información sobre la identificación del asegurador y prestador, datos de la sede de prestación de servicios, capacidad instalada, servicios ofrecidos, PAMEC, autoevaluación, telemedicina, transporte asistencial básico o especializado y requisitos administrativos y fiscal de la institución, la estructura de la organización, el representante legal, la misión, la visión, objetivos y programas, el sistema de información de usuarios y de personal que presta sus servicios medico asistenciales. Toda esta información hace parte de lo declarado por las instituciones durante el proceso de habilitación.

Con esta información la Secretaria de Salud Municipal, organiza la **base de datos de supervisión de prestadores de servicios de salud municipal**, la conserva y la actualiza cada vez que se realice la visita de supervisión.

Los supervisores deben estudiar el contenido de la información anterior para establecer los aspectos fundamentales que serán revisados e incluidos en el memorando de planeación de la visita y que se desarrollará en el curso de la misma.

También es importante identificar los prestadores de servicios de salud que no estén habilitados, para lo cual se recomienda organizar una estrategia de canalización de información, a través de una inspección ocular en el municipio. También se puede obtenerse esta información en la cámara de comercio de la región. Con base en esta información se verifica si están inscritos en la red de prestadores del Ministerio de Protección Social. En caso que no esté registrado se comunicará este hallazgo a las instituciones a la Dirección Departamental de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, para que actúen según lo establecido en la normatividad.

6.2. Etapas de la visita de supervisión

Cabe recalcar que la función de la entidad territorial de acuerdo a lo compilado en la circular 054 de 2009 enfatiza en supervisar la calidad de la prestación de los servicios de salud. El primer paso que deben cumplir es estar habilitados ante los entes de control y vigilancia.

6.2.1. Planeación de la Visita

Para la adecuada preparación del trabajo el responsable de la ejecución (Secretaría de Salud Municipal o quien haga sus veces), de acuerdo a la disponibilidad del recurso humano y de los recursos financieros, elaborará un plan semestral de visitas, el cual deberá contener como mínimo los siguientes datos:

- Institución prestadora de servicios de salud y Empresa Social del Estado a visitar.
- Número de afiliados del régimen subsidiado, contributivo y regímenes especiales que atiende (si hace parte de la red de servicios de las EPS-S – EPS contributivas y especiales)
- Ubicación de la sede de atención de los servicios. Dirección.
- Tiempo de realización de la visita. Fecha, hora y tiempo disponible para la visita.
- Equipo técnico para la visita. Recurso humano y tecnológico disponible para la finalidad.
- Formatos de registros de datos requeridos. Hoja de registro de la información.
- Financiación.
- Responsable de su realización. Supervisor.

Este plan se ajustará en razón al número de prestadores a visitar en el municipio, los cambios del entorno y las posibilidades reales de cada administración municipal. La aprobación del plan y sus modificaciones estará a cargo del Alcalde o de la Secretaría de Salud Municipal cuando este constituida.

Para tener una visión integral de los prestadores de servicios de salud municipal que se visitarán, se debe entender cuál es el propósito de la instituciones prestadora de servicios de salud o empresa social del estado, su misión, visión y objetivos estratégicos, el nivel y complejidad de los riesgos que administra, especialmente los riesgos que afecten la prestación de los servicios a los ciudadanos en los términos de calidad y oportunidad esperados.

Este proceso requiere un análisis previo de la documentación existente en el archivo de registro especial de prestadores de servicios de salud. Complementado con la información producto del análisis de los tipos de quejas que los ciudadanos hayan presentado ante la Alcaldía o Secretaría de Salud Municipal, EPS-S, los hallazgos de la interventoría de los contratos de régimen subsidiado y, los reportes de los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud. Como lo establece la Circular 54 de 2009, “En desarrollo de dicha función, las autoridades municipales de salud podrán en cualquier momento solicitar por escrito a las EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, copia íntegra de los reportes de información de los indicadores de monitoria del sistema, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud” (Ver anexo 2).

Del análisis documental efectuado se establecen cuales son los procesos que serán objeto de verificación y, la descripción de las actividades que se desarrollarán para la comprobación de los mismos. Su propósito es, definir el alcance global de la visita en términos de los objetivos planteados, para estudiar los siguientes aspectos que requieren mayor atención:

- Identificar los recursos requeridos
- Identificar las capacidades especiales que se necesiten
- Establecer los presupuestos
- Cronograma de trabajo
- Establecer los indicadores de cumplimiento
- Determinar la fecha de finalización

Estos análisis y actividades se registrarán en un documento denominado **Memorando de Planeación de la Visita de Supervisión**, el cual será presentado para la validación y aprobación al Alcalde o Secretario de Salud o quien haga sus veces. Una vez aprobado el memorando de planeación de la visita de supervisión, el funcionario comisionado podrá disponer de los recursos necesarios para su realización y se dará inicio a la etapa de ejecución de la visita. La definición del alcance y el plan de actividades de la visita serán insumos claves para orientar el proceso de ejecución de la visita de supervisión. El funcionario designado deberá comunicar los hallazgos y sus conclusiones al Alcalde o Secretario de Salud Municipal, a través de un informe.

6.2.2. Ejecución de la Visita

Esta etapa ejecuta en tiempo real las actividades programadas en el **Memorando de Planeación de la Visita de Supervisión**, aquí se verifica en los servicios, los procesos, procedimientos y la oportunidad en que son aplicados. Se establece si los servicios se prestan con: oportunidad, calidad y el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el servicio prestado.

Los supervisores, deben permanente retroalimentar los resultados de su trabajo. Las mesas técnicas de salud son el espacio adecuado para este propósito, en ellas se generan conversaciones a profundidad de los hallazgos identificados en el proceso de visita. Las mesas técnicas de salud ofrecen espacios para compartir conocimientos, orientar las acciones con base en los resultados, mejorando así, la calidad de la supervisión y minimizando el margen de error en sus resultados.

Durante la ejecución de la visita se recopila evidencia sobre el cumplimiento de los procesos y de los estándares aplicados en los servicios de primer nivel de atención.

Los procesos que se deben verificar de manera permanente son:

- Autoevaluación
- Plan de auditoría para el mejoramiento de calidad PAMEC y sus resultados.

Los servicios de primer nivel de atención sujetos a verificación son:

- Asignación de citas.
- Sistema de información y atención a al usuario.
- Servicio de urgencias
- Servicio de consulta externa
- Servicio de hospitalización
- Suministro de medicamentos

A continuación se describen los principales aspectos que se deben revisar en los procesos y servicios.

6.2.2.1. Autoevaluación

La autoevaluación, es la herramienta definida por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad para que los prestadores de servicios detecten los problemas inherentes a la misma. Permite conocer el desempeño actual de los servicios e implementar planes de mejoramiento en caso que sea necesario.

En la visita de supervisión, verifique que los prestadores de servicios de salud, cuenten con el diagnóstico básico de la institución. Tengan en marcha un programa de auditoría interna para el

mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Además, exista un grupo institucional encargado de realizar el proceso de autoevaluación. El cual debió estar capacitado previamente por la institución para tal fin. Establezca dentro de la autoevaluación los procesos detectados con fallas de calidad por los prestadores que afectan directamente al usuario.

6.2.2.2. Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es el instrumento fundamental para la autorregulación y el autocontrol. En la visita de supervisión verifique que los servicios habilitados cumplan mínimo con los estándares básicos requeridos por el sistema único de habilitación. No olvide motivar a los prestadores a aumentar sus estándares para contribuir con el desarrollo del proceso de acreditación.

Compruebe los siguientes aspectos:

La realización de actividades de seguimiento, evaluación y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante estándares (guías o normas técnicas, científicas y administrativas).

La adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Para llevar a cabo esta verificación debe solicitar la siguiente documentación:

Las guías, normas técnicas, científicas y administrativas.

Los planes de trabajo orientados a la optimización de los procesos que presentaron deficiencias entre lo esperado vs lo real.

El PAMEC de la /ESE/IPS adopta criterios, indicadores y estándares para precisar parámetros de calidad en sus procesos de atención.

El acto administrativo que demuestra la implementación del Sistema de Información para la Calidad y si a través del tiempo se han diligenciado y reportado los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio De Garantía de la Calidad – SOGC-, y si ha cumplido con su obligación de reporte de los indicadores de calidad a la Superintendencia Nacional de Salud –SNS-, con la periodicidad y contenidos definidos en la Circular Única 047/2007.

Los soportes de remisión de información contenida en la Circular Única 047 /2007, en cuanto a periodicidad y contenidos.

6.2.2.3. Prestación de servicios de primer nivel de atención.

Para efecto de facilitar el proceso de supervisión de los servicios de salud, se han preparado listas de chequeo para verificar los estándares de cumplimiento de los servicios (ver anexos 3 al 8). En estas listas de chequeo se puede documentar si se cumple o no con las condiciones mínimas de habilitación y se puede documentar los hallazgos identificados. Durante estas visitas se recomienda promover la participación de un profesional del área de la medicina, especialmente al revisar los servicios atención de urgencias, atención de consulta externa y hospitalización, para que resuelva inquietudes sobre los hallazgos.

6.2.2.4. Informe de la Visita

Etapa que comprende un conjunto de operaciones destinadas a presentar el resultado de la supervisión realizada, la cual contiene las conclusiones y recomendaciones sobre los hallazgos significativos encontrados el ejercicio de la visita de supervisión.

El contenido del informe debe estar conformado por las siguientes partes:

- Carátula
- Presentación
- Tabla de contenido
- Introducción
- Hallazgos de la supervisión realizada
- Calificación obtenida por servicios de atención. Recomendaciones para la formulación del plan de mejoramiento.
- Acta de visita de supervisión (Anexo 1).

6.2.2.5. Planes de mejoramiento

La finalidad de los planes de mejoramiento es motivar el desarrollo de una cultura organizacional, orientada al mejoramiento permanente de las funciones. Aplicando acciones correctivas a las políticas, procesos y procedimientos propios del prestador, a fin de garantizar una eficiente prestación del servicio a los ciudadanos.

Los planes de mejoramiento establecen una cadena entre lo institucional, lo funcional y lo individual. Esto facilita el mejoramiento continuo del prestador en todos los frentes de atención a los usuarios.

En esta etapa, el prestador deberá consolidar las acciones correctivas de acuerdo a los hallazgos y recomendaciones suministradas en la visita de inspección (ver anexo 1) y las recomendaciones generadas por las autoridades de control (informes de inspección vigilancia y control del orden nacional, departamental o municipal).

Los hallazgos detectados en las instituciones prestadoras de servicios de salud, pública o privada que hacen parte de la red de servicios de las EPS, deberán tener los siguientes procedimientos básicos:

- a. Clasificar el incumplimiento entre crítico (afectación de la prestación de servicio a los afiliados) y no crítico (incumplimiento sujeto a subsanarse de manera inmediata).
- b. Los incumplimientos críticos se remiten a las EPS para que tomen las acciones pertinentes con su prestador y se reporten al municipio las medidas tomadas a efectos de garantizar la prestación del servicio con calidad a los afiliados. De persistir el incumplimiento se deberá hacer uso de las cláusulas sancionatorias a título de pena o de multa del contrato de aseguramiento para las EPS-S.
- c. En los casos de incumplimiento no crítico estos hallazgos, deberán ser incluidos en el PAMEC del asegurador, y se deberá reportar las mejoras al municipio.

Con base en los hallazgos detectados, la entidad supervisada deberá formular objetivos claros para mejorar su servicio. Esto se formaliza mediante el plan de mejoramiento aprobado por el representante legal de la entidad prestadora. Lo cual implica, la asignación de los recursos necesarios para la realización de las actividades requeridas y la definición de responsables del seguimiento a las acciones

trazadas, las fechas límites de implementación y la determinación de los indicadores de resultado y de gestión, con lo cual se establecen las especificaciones de satisfacción de los usuarios.

Este plan de mejoramiento debe ser referido a la Dirección Local de Salud en los términos definidos en el acta de visita. Los hallazgos de las verificaciones se incluirán en el PAMEC del municipio; el cual será un instrumento que aplique solo para los prestadores de servicios de salud que tengan contrato o convenio de prestación de servicios con la dirección municipal de salud para la atención de la población pobre y vulnerable y para el desarrollo de las acciones del plan de intervenciones colectivas de salud pública. Sin perjuicio de dar cumplimiento en lo establecido en el artículo 26 del Decreto 1011 de 2006; el cual establece como una obligación del municipio de remitir los hallazgos a la Secretaría de Salud Departamental, en el cumplimiento de los requisitos de habilitación de los prestadores de servicios de salud de cobertura municipal.

El Municipio deberá realizar seguimiento a las acciones definidas en el plan de mejoramiento durante el periodo pactado con el prestador en el acta de visita inicial. El prestador incluirá en el componente de auditoría interna del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, las acciones correctivas o de mejoramiento relacionadas con los hallazgos identificados por el Municipio; así mismo, el municipio verificará que lo aquí definido se cumpla por el prestador, utilizando el instrumento de seguimiento de las no conformidades o hallazgos (Ver Anexo 9).

7. RECOMENDACIONES

- Tenga en cuenta que esta guía debe estar permanentemente actualizada con base a la normatividad vigente.
- Que las listas de chequeo diseñadas son un modelo básico para el ejercicio de la labor de supervisión en la prestación del servicio; por lo tanto, el Municipio podrá ampliar el número de servicios a verificar.
- Los ítems a verificar son los requisitos mínimos más relevantes del Sistema Único de Habilitación, el Municipio podrá ampliarlos si lo considera pertinente.
- Si el municipio no se encuentra certificado, no desarrollará el PAMEC, pero si es de su competencia realizar verificación y seguimiento a la calidad de los servicios de salud brindados a su comunidad.
- Si el alcalde hace parte de Junta Directiva del Prestador Público, por ser este de primer nivel y de orden descentralizado podrá incidir directamente sobre la ejecución de las acciones de mejora.

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para efectos de la comprensión de los diferentes aspectos que consagra esta guía, se establecen los siguientes significados de las palabras y expresiones propias de la administración y específicamente del Sistema de Salud:

1. **Aseguramiento:** Ley 1122 de 2007 Art. 14. Es “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.”

2. **Atención de urgencia.** Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
3. **Atención inicial de urgencia.** Son todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. De acuerdo con el Manual de Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen las siguientes actividades: evaluación y atención médica; atención médica que requiera sutura; atención médica con cuidado en observación hasta por 24 horas; atención médica con cuidado en hidratación; evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera e interconsulta especializada.
4. **Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud:** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios
5. **Calidad de la atención en salud:** se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional y óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
6. **Contrato.** Pacto o convenio entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada y a cuyo cumplimiento pueden compelerse. Requiere: consentimiento, libre y sin vicios, objeto cierto y posible, causa lícita y verdadera de la obligación.
7. **Cobertura.** Relación entre la población que requiere una atención y la utilización de los servicios por parte de esa población.
8. **Denuncia.** Acto verbal o escrito de poner en conocimiento de las autoridades hechos que se consideran punibles o irregulares, para que el Estado inicie la actuación correspondiente
9. **Efectividad.** Este principio lo conceptualizamos como el cierre de ciclo productivo (producción de un bien o la prestación del servicio) de una entidad. Es decir controla y mide si el producto cumple con el propósito final para el cual fue diseñado
10. **Eficiencia.** Es la relación existente entre los recursos y los insumos utilizados frente a los resultados obtenidos al menor costo en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad. Tiene dos medidas esenciales: técnica y económica. La técnica es el resultado de su medición en términos físicos (productividad) y la economía en términos monetarios (costos).

El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.
11. **Entidades territoriales.** Son aquellas que, dentro de la división general del territorio, gozan de autonomía para la gestión de sus intereses y ejercen, con arreglo a principios de coordinación, concurrencia y solidaridad, las competencias a ellas asignadas. Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. La ley puede otorgarles el mismo carácter a las regiones y a las provincias.
12. **EPS:** Entidad promotora de Salud. Son las encargadas del aseguramiento de la población (afiliaciones).

13. **ESE.** Empresa Social del Estado. Son las instituciones públicas que prestan servicios de Salud. En cada Municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.
14. **Estado.** Estructura institucionalizada de poder colectivo en cierto espacio territorial. También se emplea el término para referirse al conjunto de los órganos que ejercen el poder público.
15. **Evidencia Documental.** Información sustentada en documentos.
16. **Evidencia Física.** Inspección u observación directa de actividades, bienes, registros y hechos relacionados con el objetivo del examen.
17. **Evidencia Testimonial.** Declaraciones de personas efectuadas en el curso de investigaciones o entrevistas.
18. **Evidencia.** Información sobre hechos, suficiente, competente y pertinente que sustenta las conclusiones del auditor. Prueba obtenida por cualquiera de los diversos procedimientos empleados por el auditor en el curso de una auditoría. La evidencia es competente, cuando es válida y confiable; es relevante cuando guarda una relación lógica y patente con el hecho a demostrar o refutar; es suficiente cuando es objetiva y convincente y sirve para sustentar los hallazgos, conclusiones y recomendaciones del auditor.
19. **Examen.** Inspeccionar – observar atentamente las cualidades y circunstancias de una cosa o un hecho.
20. **Gestionar:** Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o un objetivo.
21. **Gobernabilidad:** conjunto de condiciones que hacen factible a un gobernante o director el ejercicio real del poder que formalmente se le ha entregado para el cumplimiento de los objetivos y fines bajo la responsabilidad de su cargo. Esta capacidad de conducir al colectivo se origina en el grado de legitimación que los diversos grupos de interés conceden a la dirigencia, y se juega en el reconocimiento de: a). Su *competencia e idoneidad* para administrar la entidad en el logro de los objetivos estratégicos –eficiencia-; b). El *cumplimiento de principios y valores éticos* y la priorización del interés general sobre el particular –integridad-; y c). La *comunicación* para hacer visibles la forma como se administra y los resultados obtenidos –transparencia.
22. **Hallazgo.** Toda situación contraria a los procesos y procedimientos establecidos encontrada durante el proceso de una visita. En su descripción se debe incluir información necesaria para que el lector pueda entender y juzgar el hallazgo sin explicación adicional. Hechos o situaciones irregulares impactan significativamente el desempeño de la organización. Disparidad entre el procedimiento y la realidad de su ejecución.
23. **Indicador de Resultados.** Es la medición utilizada para determinar el cumplimiento de objetivos, planes y programas de una entidad.
24. **Indicadores de Gestión.** Sistema de medida que permiten evaluar la economía, la eficiencia, la eficacia, la equidad y la sostenibilidad ambiental de las entidades públicas.
25. **IPS.** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
26. **Manual de Funciones.** Documento que describe las labores a realizar y la determinación de los requisitos por cada funcionario de una entidad u organización.
27. **Manual de procedimientos.** Documento que describe la forma de realizar las diferentes actividades en una organización. Descripción de las actividades a realizar con indicación de los pasos a seguir, la forma especial de realizarlos y las dependencias y empleos responsables de su preparación, ejecución y revisión. Los procedimientos sirven para guiar la acción administrativa y exigir responsabilidades.

28. **Mapa de Riesgo.** Instrumento que describe los diferentes riesgos a que está abocada una entidad o conjunto de entidades a la ocurrencia de hechos o situaciones irregulares
29. **Metas.** Magnitud del indicador que permite cuantificar o dimensionar los componentes, productos e impactos de un proyecto, programa o plan. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y, si es posible, calidad.
30. **Modelo de atención.** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia.
31. **Modelo Estándar de Control Interno –MECI-** modelo establecido por el Estado para sus entidades, que les proporciona una estructura para el control a la estrategia, a la gestión y a la evaluación, con el propósito de mejorar su desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.
32. **Oportunidad:** Atributo de la calidad, relacionado con el tiempo de espera entre la solicitud de una atención y su efectiva prestación.
33. **Participación Ciudadana.** Es la intervención de ciudadanos en la esfera pública en función de intereses sociales de carácter particular.
34. **Participación Comunitaria.** Acciones ejecutadas colectivamente por los ciudadanos en la búsqueda de soluciones a las necesidades de su vida cotidiana y de su entorno más cercano, tales como los problemas de barrio, de la calle, el espacio común y su interacción en el vecindario. Estas acciones pueden contar o no con la presencia del Estado.
35. **Participación Social.** Proceso de agrupación de individuos en distintas organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses. En este tipo de participación se encuentra un tejido social de organizaciones que puede ser instrumento clave en el desarrollo de otras formas de participación.
36. **Plan.** Instancia inicial, contiene el marco general a través de un diagnóstico se identifican los principales problemas, tanto a nivel sectorial como regional, y se define en cuáles de ellos se va a concentrar la política, de acuerdo con esto se definen los objetivos y metas generales de los programas y proyectos.
37. **Planificación.** Proceso que ayuda a perfeccionar decisiones con el fin de lograr metas coherentes en lo económico, técnico o social, fijando prioridades y señalando medios para alcanzarlas.
38. **Políticas.** Directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.
39. **POS:** Plan Obligatorio de Salud. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que se derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo y que está obligado a garantizar a sus afiliados las entidades promotoras de salud EPS.
40. **POSS:** Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que se derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las entidades promotoras de salud, EPS's, Cajas

de Compensación y las Empresas Solidarias de Salud debidamente autorizadas por la SNS, para administrar los recursos del régimen subsidiado.

41. **Prestación del Servicio de Salud.** La prestación de los servicios de salud, se constituye en uno de los objetivos principales del Sistema, el cual se organiza tanto en la administración de los recursos, como en la eficiente distribución de los mismos, para garantizarle a los usuarios, un acceso sin traumatismos, ni barreras a los servicios requeridos, orientado a satisfacer las necesidades en salud que se les presentan. Resulta pertinente resaltar, que la normatividad vigente sobre el tema de la prestación, no se limitó simplemente a garantizarle a los usuarios un acceso a los servicios de salud, sino que calificó tal acceso, estableciendo que el mismo debe ser oportuno, continuo, integral y con calidad, atributos cuya presencia debe siempre estar garantizada, circunstancia que es objeto de inspección, vigilancia y control, para adoptar los correctivos del caso, cuando la ocasión lo amerite, siempre pretendiendo la satisfacción del usuario.
42. **Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.
43. **PAMEC:** Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad
44. **Red de prestación de servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.
45. **Referencia y contra referencia.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.
46. **Resolutividad:** Capacidad de un prestador de servicios de salud de responder de manera integral y con calidad a una demanda de atención de salud, de acuerdo con el tipo y complejidad de los servicios habilitados.
47. **Riesgos.** Posibilidad de ocurrencia de situaciones que pueden ser de dos clases: *eventos negativos*, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales de una entidad pública, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones; o los *eventos positivos*, que permiten identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de la función pública.
48. **Salud:** Para la Defensoría del Pueblo la salud es: " (...) El derecho a gozar de bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales. La salud constitucionalmente protegida hace referencia tanto a la integridad física y a todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona. Es un derecho de carácter dual: un derecho fundamental individual, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las

personas equivale a atentar contra su propia vida; y un derecho asistencial, ubicado en las referencias funcionales del Estado Social de Derecho, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas al Estado para garantizar el derecho a los servicios de salud. Adicionalmente la salud comprende un tercer aspecto como derecho de índole colectiva en su acepción de "salubridad pública", que involucra tanto su carácter fundamental, como el asistencial (...)"

49. **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es un servicio público esencial y obligatorio cuyo objeto es garantizar el acceso de todos los colombianos al desarrollo, cuidado y atención de salud.
50. **Sistema de Control Interno.** Conjunto de planes, métodos y procedimientos necesarios para garantizar que las actividades de la entidad se realicen de conformidad con las normas legales; la salvaguarda de los recursos, exactitud y veracidad en la información financiera y administrativa; la eficiencia en las operaciones; la observación de las políticas prescritas, para lograr el cumplimiento de metas y objetivos programados.
51. **Supervisión.** Ejercer vigilancia o inspección. Reconocer atentamente una cosa o hecho.
52. **Urgencia.** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
53. **Veeduría Ciudadana.** Mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Auditoría Gubernamental con enfoque integral Audite 2.1 Contraloría General de la República. Casasfranco et al. Tercera Edición 2002.
- Guía de consulta – Entidades Territoriales. Competencias de Inspección, Vigilancia y Control. SNS. 2007, Imprenta Nacional.
- Ministerio de la Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., 2007
- Modelo de Control Interno para entidades del Estado. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID, Operador y Ejecutor Internacional: Casals & Associates Inc., marzo de 2004, Impresol Ediciones Ltda. Bogotá.
- Participación y Control Social en el Sistema de la Protección Social. Modulo 7 Ministerio de la Protección Social, 2006, Imprenta Nacional, Bogotá.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 1011 de 2006. Bogotá, abril 2006.
- República de Colombia. Departamento de la Función Pública. Decreto 1599 de 2005. MECI. Bogotá, mayo de 2005.
- República de Colombia. Ministerio de Justicia y Derecho. Constitución Política de Colombia. Imprenta Nacional. Bogotá, julio 1996.
- República de Colombia. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 1122 de 2007. Ediciones El Trébol. Bogotá, 2007.
- República de Colombia. Sistema General de Participaciones. Ley 715 de 2001. Ediciones El Trébol. Bogotá, 2002.
- República de Colombia. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 100 de 1993. Diciembre 23, Bogotá.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., 2007.
- Circular Externa N° 54 de Junio 5 de 2009. Superintendencia Nacional de Salud.
- Normatividad anunciada en la presente guía.

10. ANEXOS

I. ACTA DE VISITA DE SUPERVISION A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

**MUNICIPIO DE XXXX
DEPARTAMENTO XXXXXX
REPUBLICA DE COLOMBIA**

FECHA DE VISITA DE SUPERVIISON: XXXX.

NOMBRE DE LA INSTITUCION VISITADA: XXXXXXXX

De acuerdo a los hallazgos encontrados en la visita de supervisión se concerta realizar el día xx de xxx de 2010, seguimiento al plan de mejoramiento que suscribirá la ESE en 15 días hábiles en la alcaldía municipal.

HALLAZGOS	RECOMENDACIONES DE MEJORA	CUMPLE	FECHA LIMITE SEGUNDO SEGUIMIENTO	RESPONSABLE	NORMA RELACIONADA

Entrega y socialización de objetivos del Plan de Mejoramiento:

Fecha Programada de Visita de Seguimiento:

Se da por terminada la verificación y firman quienes intervinieron:

Por parte del Visitado:

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	PROCESO O SERVICIO SUPERVISADO

Por parte del Supervisor:

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	PROCESO O SERVICIO SUPERVISADO

FIRMAS

2. LISTA DE VERIFICACION DEL SERVICIO DE ASIGNACIÓN DE CITAS

COMPLEJIDAD

BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

Recuerde que el funcionario supervisor debe realizar las siguientes verificaciones y registrarlas la siguiente lista de chequeo:

Estándar: Las condiciones del servicio de asignación de citas es:				
criterio: 1. Condiciones del servicio.	C	NC	NA	OBSERVACIONES
¿El servicio cuenta con registro de solicitud de citas y de asignación de citas?				
¿ El servicio cuenta con mecanismos alternos a la presentación personal para la solicitud de citas?. Ejemplo: Telefono, internet, otros .				
¿Se evidencian dificultades físicas para el acceso al servicio de asignación de citas?: tales como filas, congestión de personas en el mismo lugar, multitud etc.				
¿La sala de espera es amplia y suficiente para la población que se atiende?				
¿Se evidencia algún usuario al que no se le asigno cita?				
¿Existe y se aplica un procedimiento para la asignación de citas para la atención de la población prioritaria tales como: Embarazadas, adulto mayor y niños, población del área rural?				
¿La unidad de asignación de citas está debidamente señalizada e identificada y es visible para la comunidad?				
 criterio: 2. Recurso Humano				
¿Existen funcionarios encargados de la asignación de citas?				
¿Existe material impreso y visible que contenga los horarios de atención?				
¿Existe línea telefónica y esta disponible para la asignación de citas?				
 criterio: 3. Oportunidad asignación citas				
El número de citas en medicina general en el mes son acordes a los establecido en el manual del servicio.				
El número de citas a medicina especializada en el último mes en el mes son acordes a los establecido en el manual del servicio.				
El número de citas a odontología en el último mes en el mes son acordes a los establecido en el manual del servicio.				
El número de citas a laboratorio clínico en el último mes en el mes son acordes a los establecido en el manual del servicio.				
El número de citas a radiología en el último mes en el mes son acordes a los establecido en el manual del servicio.				
Verifique; según los registros de asignación de citas El tiempo promedio transcurrido entre la solicitud de la cita en medicina general y la fecha en que se asignó:				
De 1 día				
Entre 1 y 3 días				
Entre 4 y 7 días				
Más de 8 días				
Verifique; según los registros de asignación de citas El tiempo promedio transcurrido entre la solicitud de la cita en medicina especializada y la fecha en que se asignó				
De 1 día				
Entre 1 y 3 días				
Entre 4 y 7 días				
Más de 8 días				

Verique; según los registros de asignacion de citas El tiempo promedio transcurrido entre la solicitud de la cita en odontología y la fecha en que se asignó				
De 1 día				
Entre 1 y 3 días				
Entre 4 y 7 días				
Mas de 8 días				
Verique; según los registros de asignacion de citas El tiempo promedio transcurrido entre la solicitud de la cita en laboratorio clínico y la fecha en que se asignó				
De 1 día				
Entre 1 y 3 días				
Entre 4 y 7 días				
Mas de 8 días				
Verique; según los registros de asignacion de citas El tiempo promedio transcurrido entre la solicitud de la cita en radiología y la fecha en que se asignó				
De 1 día				
Entre 1 y 3 días				
Entre 4 y 7 días				
Mas de 8 días				
Verique; según los registros de asignacion de citas El tiempo promedio transcurrido entre la solicitud de la cita en psicología y la fecha en que se asignó				
De 1 día				
Entre 1 y 3 días				
Entre 4 y 7 días				
Mas de 8 días				

3. LISTA DE VERIFICACION DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS

CATEGORÍA
COMPLEJIDAD

AMBULATORIO
BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

Recuerde que el funcionario supervisor debe realizar las siguientes verificaciones y registrarlas la siguiente lista de chequeo

Estándar: las condiciones del servicio de atención de los usuarios son adecuadas				
criterio: 1. Recurso Humano	C	NC	NA	OBSERVACIONES
El servicio cuenta con personal exclusivo para la atención del usuario?				
¿El Personal responsable de la atención al usuario conoce los procesos relacionados con la atención al usuario descrito en el manual de procesos de la institución?				
 criterio:2 Infraestructura y Procesos				
¿El servicio tiene sistematizado los procesos de recepción, trámite y respuesta de peticiones, quejas y reclamos?				
¿En el manual de procesos se define los procesos de información y atención al usuario?				
¿Los tiempos establecidos para la respuesta de las quejas y reclamos de los usuarios son coincidentes con lo consignados en el manual?				
¿Se tienen horarios definidos y publicados para la atención al usuario? ¿Cuáles?				
¿El servicio cuenta con instalaciones físicas, con el mobiliario y condiciones de confort para la atención al usuario? Describe:				
¿Se realiza periódicamente encuestas para la medición de satisfacción de los usuarios con relación a la atención recibida?				
¿Se realiza consolidado mensual de quejas, reclamos y solicitud de información?				
¿Se reporta periódicamente los resultados de la medición de la satisfacción del usuario a la Sec. De Salud Municipal, y al público en general? Cada cuánto?				
¿Se determina las necesidades del usuario a través de encuesta, sondeos, buzón de sugerencias? ¿Cuáles?				
¿Existen procesos definidos y documentados para la apertura del Buzón de sugerencias?				
¿Comunica información que le permita dar a conocer a los usuarios sus derechos, deberes, trámites administrativos etc.?				
¿Se cuentan con formatos para recepción de quejas, reclamos y solicitud de información?				
¿Ante la negación de servicios de salud y/o medicamentos se utiliza el formato establecidos en la Circular 21/05 de Superintendencia Nacional de Salud?				
¿Se indican a los usuarios todas las alternativas de que disponen para acceder al servicio o medicamento no autorizado, por parte de la aseguradora o IPS?				

4. LISTA DE VERIFICACION DEL SERVICIO DE URGENCIA

CATEGORÍA

AMBULATORIO

COMPLEJIDAD

BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

Recuerde que el funcionario supervisor debe realizar las siguientes verificaciones y registrarlas la siguiente lista de chequeo:

Estándar: Las condiciones de funcionamiento del servicio de urgencia son adecuadas para la prestación de los servicios ofrecidos.				
Criterio: 1. Funcionamiento	C	NC	NA	OBSERVACIONES
¿Existe señalización de la ruta de ingreso al servicio de urgencias?				
¿El servicio de urgencias cuenta con el protocolo de atención? En caso afirmativo, verifique si este se aplica.				
¿El servicio de urgencias funciona durante las 24 horas del día?				
¿El servicio de urgencias cuenta con la cantidad de médicos generales suficientes de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención?				
¿En el protocolo de atención del servicio de urgencias, está definida la obligación de apertura de historia clínica para todos los pacientes?				
¿Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas y cuenta con procedimientos que garanticen su custodia y conservación?				
¿El servicio de urgencia cuenta con: procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes?				
El servicio de urgencia cuenta con guías o manuales de los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Atención en Reanimación Cardio-cerebro-pulmonar • Control de líquidos • Plan de cuidados de enfermería • Administración de medicamentos • Inmovilización de pacientes • Venopunción • Toma de muestra de laboratorio • Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas. 				
¿Se aplican las buenas prácticas de: <ul style="list-style-type: none"> • Esterilización, • Bioseguridad, • Manejo de residuos hospitalarios, • Descripción del uso y el re-uso de dispositivos médicos. De acuerdo a los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales? Describe ¿cual falta?:				
¿El programa de trasplantes esta implementado de acuerdo con el Decreto 2493 de 2004 o las normas que lo modifiquen, adicione o sustituyan?				
¿Cuentan con proceso de selección y clasificación de pacientes en urgencias “ triage ” por personal calificado?				
¿Se tienen definidos formalmente los flujos de referencia de pacientes?				
Criterio: infraestructura, dotación y mantenimiento				
El servicio de urgencias cuenta con un ambiente exclusivo, y delimitado, Dispone de las siguientes áreas? <ul style="list-style-type: none"> • Puesto de enfermería: el cual debe contar como mínimo con los siguientes ambientes: material contaminado, unidad 				

sanitaria y depósito.				
• Sala de procedimientos con área para curaciones.				
• Sala ERA o de rehidratación oral				
• Sala de yeso				
• Sala de observación (si atiende pacientes pediátricos contará con ambiente separado para este tipo de pacientes)				
• Sala de reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos).				
• Área general de aseo para el servicio.				
La sala de reanimación de urgencias, dispone de un área exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida la cual no es utilizada como área de tránsito entre otros servicios de la Institución y está dotada de acuerdo a lo estipulado en el protocolo.				
El servicio de urgencias cuenta con:				
• Laboratorio clínico				
• Servicio farmacéutico				
• Ambulancia				
¿El servicio de ambulancia funciona de acuerdo a lo establecido en el protocolo?				
¿El servicio de urgencias cuenta con disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de observación y en la sala de reanimación?				
¿El servicio de urgencias cuenta con procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, condiciones de almacenamiento, distribución y entrega?				
El servicio de urgencias garantiza de forma permanente:				
• El suministro de agua				
• Energía eléctrica				
• Sistemas de comunicaciones				
• Manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos.				
¿Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortó punzantes? De acuerdo a lo establecido en el protocolo				
El servicio garantiza mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de atención.				
¿El servicio de urgencias cuenta con mínimo un depósito de cadáveres con buena ventilación?				
Los equipos biomédicos cuentan con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo y su ficha de registro.				
El servicio cuenta con un listado de insumos farmacéuticos requeridos según el protocolo de atención.				
Estándar: el control de riesgos del servicio de urgencia es adecuado para la prestación de los servicios ofrecidos.				
Criterio. 2. Control de los riesgos	C	NC	N A	OBSERVACIONES
El servicio de urgencias cuenta con procesos de evaluación y seguimiento a los riesgos inherentes al servicio.				

El servicio de urgencias realiza procesos de evaluación y seguimiento de la garantía de acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.				
El servicio de urgencias realiza procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud				

5. LISTA DE VERIFICACION DELSERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

CATEGORÍA
COMPLEJIDAD

AMBULATORIO
BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

Recuerde que el funcionario supervisor debe realizar las siguientes verificaciones y registrarlas en la siguiente lista de chequeo:

Estándar: El personal asistencial que presta los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.				
Criterio: 1. Recurso humano	C	NC	NA	OBSERVACIONES
El servicio de consulta externa cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> Médicos Generales. Auxiliares de enfermería. 				
El servicio de consulta externa cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> Odontólogo. Higienista oral Auxiliar de odontología. 				
El servicio de consulta externa cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> Bacteriólogo Auxiliar de laboratorio. 				
El servicio de consulta externa cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> Enfermera profesional. Psicólogo. Optómetra. Nutricionista Dietista. 				
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.				
Criterio: 2. Infraestructura	C	NC	NA	OBSERVACIONES
El servicio de consulta externa cuenta con las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de consulta externa en su totalidad no por consultorio. 				
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico. Lavamanos. 				
<ul style="list-style-type: none"> Los consultorios de ginecobstetricia, citología o toma de muestras deberán contar con unidad sanitaria exclusiva de fácil acceso. 				
El servicio de consulta externa cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> Sala de espera y un consultorio para la atención en odontología que cumple las condiciones exigidas en el protocolo de atención. 				
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de consulta externa ofrecidos por el prestador				
Criterio: 3. Equipos básicos y condiciones de mantenimiento	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Si se realiza consulta médica general, o especializada, pediatría, servicios de prevención y promoción, y otros profesionales de la salud el consultorio tiene la dotación básica: <ul style="list-style-type: none"> Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso. 				
<ul style="list-style-type: none"> Los consultorios de especialistas Contaran con los equipos básicos de la especialidad requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa. 				

<ul style="list-style-type: none"> Los consultorios de otros profesionales de la salud contarán con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa. 				
<p>Si ofrece vacunación cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nevera exclusiva para biológicos con termómetro externo y termo, según Programa Ampliado de Inmunizaciones. Biológicos, según lo establecidos en las normas del programa de inmunizaciones nacional. 				
<p>Si ofrece atención extramural, de acuerdo con los servicios que ofrece, cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para consulta médica y controles de enfermería: Camilla portátil y equipo de órganos de los sentidos, fonendoscopio y tensiómetro, metro, termómetro, tabla de agudeza visual, balanza y tallímetro. 				
<ul style="list-style-type: none"> Para Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología en un número que garantice esterilización entre un paciente y otro. 				
<ul style="list-style-type: none"> Para Laboratorio Clínico: se requerirá los equipos necesarios para la toma de los exámenes que se ofrecen. 				
<ul style="list-style-type: none"> Para Promoción y Prevención: contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas. 				
<p>Si realiza consulta de medicina y terapias alternativas cuenta con: Para terapia neural:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jeringas y agujas desechables para terapia neural, anestésico local sin vasoconstrictor. 				
<ul style="list-style-type: none"> Contenedor especial para desechar las agujas. Equipo básico de urgencias para control de reacciones 				
<ul style="list-style-type: none"> anafilácticas: con los medicamentos, soluciones, elementos médicos, que garantice el manejo de una reacción anafiláctica. 				
<p>Para acupuntura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agujas para acupuntura. Estas deben cumplir con los parámetros de calidad establecidos para este tipo de productos, ser desechables o de uso exclusivo para cada paciente. 				
<ul style="list-style-type: none"> Contenedor especial para desechables agujas. Electro acupuntor opcional o Moxas si ofrece este procedimiento. 				
<p>Para terapias vibracionales o energéticas (bioenergética, balance polar y similares), debe contar con algunos de los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Imanes, filtros de sustancias biológicas, bioquímicas o farmacológicas, pueden ser filtros resonadores de arquetipos mórficos. 				
<ul style="list-style-type: none"> Láser blando multifrecuencial. 				
<ul style="list-style-type: none"> Elementos para cromoterapia acrílicos de color, equipos de cromoterapia. Poliedros, cristales de cuarzo, gemas, fibra óptica y elementos para terapia con sonido. 				
<ul style="list-style-type: none"> Aparatos de electromedicación y su set de medicamentos. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Para homeopatía, naturopatía, ayurveda, herbología, escénicas florales, los mismos criterios para médico general. 				
<p>Si realiza consulta de optometría debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Optotipos para la determinación de la agudeza visual en visión lejana, con sistema adecuado de iluminación. 				
<ul style="list-style-type: none"> Optotipos para la determinación de la agudeza visual en visión próxima. 				

<ul style="list-style-type: none"> Equipo básico de refracción que cuente con los siguientes elementos: Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio directo y retinoscopio, Cajas de pruebas o foropter, reglas de esquiascopía, Montura de pruebas, Reglilla milimetrada, Set de prismas sueltos, Queratómetro. 				
<ul style="list-style-type: none"> Lensómetro. 				
<ul style="list-style-type: none"> Lámpara de hendidura y tonómetro. 				
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento				
Criterio: 4. Documentación de procesos y procedimientos	C	NC	NA	OBSERVACIONES
¿El tiempo promedio que transcurre entre la hora de la cita asignada y el inicio de la atención es acorde a lo establecido en el protocolo del servicio?. Escriba el tiempo promedio de espera del día de la visita _____ minutos				
El servicio de consulta externa cuenta con las normas técnicas de obligatorio cumplimiento de atención, guías de atención integral, protocolos o manuales de procedimientos, de acuerdo a los servicios ofertados.				
El servicio de odontología cuenta con guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad.				
El proceso de esterilización debe regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización, del Ministerio de la Protección Social, capítulo 3, numeral 1.6.4. Instrumentos dentales y normas de bioseguridad.				
Para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje deberán tener definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice.				
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.				
Criterio: 5. Mapa de riesgos	C	NC	NA	OBSERVACIONES
La institución vigila y controla el riesgo de infecciones derivadas de los procedimientos realizados.				
La institución vigila y controla el riesgo la presencia de complicaciones de los procedimientos.				
La institución vigila y controla el riesgo de complicaciones terapéuticas derivadas de las intervenciones, actividades y procedimientos de rehabilitación.				

6. VERIFICACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS

COMPLEJIDAD

BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

Estándar: Historia Clínica				
Criterio: 1. Condiciones del servicio.	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Existe un archivo destinado para la conservación de las historias clínicas?				
Son óptimas las condiciones del archivo dispuesto para la conservación de las historias clínicas?				
Conservan las historias clínicas en sus respectivos archivos o anaqueles?				
Existe el archivo de gestión?				
Existe el archivo central?				
Existe el archivo histórico?				
Seleccionadas 30 historias clínicas aleatoriamente, califique los siguientes aspectos:				
Están desarrolladas en su totalidad?				
Es claro el diagnóstico de la consulta?				
Llevan un orden cronológico de atención?				
El procedimiento para localizar las historias clínicas es efectivo?				
Se evidencian tachones o enmendaduras en el diligenciamiento?				
Están correctamente numeradas para su fácil localización?				
Están ubicadas las historias clínicas con su respectiva numeración consecutiva?				
Los funcionarios encargados de la custodia de las historias clínicas tienen conocimientos de la norma?				

7. VERIFICACION DEL CONSULTORIO DE TOMA DE CITOLOGIAS

COMPLEJIDAD

BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

	C	NC	NA	OBSERVACIONES
INFRAESTRUCTURA FISICA				
Se encuentra situada en área específica de la institución.				
Se encuentra separado de las áreas de urgencias y hospitalización				
Se encuentra señalizado				
El área mínima por consultorio 10mts 2 Lado mínimo 2.5				
Lavamanos independiente de la unidad sanitaria				
Se garantiza la privacidad del paciente				
El sistema eléctrico se encuentra en buen estado.				
El área cuenta con buen mantenimiento				
Verifique la ventilación del consult.				
Verifique las paredes del consult.				
Impermeables				
Lavables				
Sólidos				
Fácil limpieza				
Superficie lisa				
Incombustible				
Resistentes				
Cuenta con canecas y papeleras				
Tapa				
Resistentes				
Incombustibles				
Fácil limpieza				
Accionada por pedal				
Lavables				
Bolsas por color.				
El consultorio cuenta con unidad sanitaria.				
Inodoro				
Toallero				
Jabonera				
Puerta ancho 0.80 mts				
Lavamanos.				
Dispensador de papel				
Papelera				
2. RECURSO HUMANO				
Cuenta con enfermera o auxiliar de enfermería				
3. DOTACION				
Escritorio				
Silla				
Silla para pacientes				
Mesa fija para exámenes				
Escalerilla				
Lámpara cuello de cisne				
Mesa auxiliar				

Recipiente para desechos				
Espéculos de diferentes tamaños				
4. PROCEDIMIENTOS TÉCNICO - ADMINISTRATIVOS				
Manual de funciones				
Manual de procedimientos				
Se hace reporte y registro de enfermedades de Notif-obligatoria				
Se hace registro diario de consultas por paciente atendido.				
Se hace registro de actividades de promoción y prevención.				
Existe formato único para HC				
El archivo se encuentra centralizado				

8. VERIFICACION DEL CONSULTORIO DE ENFERMERIA

COMPLEJIDAD

BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

	C	NC	NA	OBSERVACIONES
INFRAESTRUCTURA FISICA				
Se encuentra situada en área específica de la institución.				
Se encuentra separado de las áreas de urgencias y hospitalización				
De acceso fácil a los servicios de Dx y Tto				
Se encuentra señalizado				
El área mínima por consultorio 10mts 2 Lado mínimo 2.5				
Lavamanos independiente de la unidad sanitaria				
Cortina o similar que garantice privacidad al Paciente.				
El sistema eléctrico se encuentra en buen estado.				
El área cuenta con buen mantenimiento				
El consultorio de enfermería cuenta con:				
Toma de constantes vitales				
Inyectología				
Curaciones				
Inmunizaciones				
Programas				
El consultorio cuenta con unidad sanitaria.				
La unidad sanitaria cuenta con:				
Inodoro				
Toallero				
Jabonera				
Puerta ancho 0.80 mts				
Lavamanos.				
Dispensador de papel				
Papelera				
RECURSO HUMANO				
Cuenta con enfermera o auxiliar de enfermería				
DOTACION				
Escritorio				
Silla				
Silla para pacientes				
Mesa fija para exámenes				
Escalerilla				
Lampara cuello de cisne				
Mesa auxiliar				
Recipiente para desechos				
Fonendoscopio				
Tensiometro				
Balanza				
Tallmetro				
Linterna				
Termómetro				
Negatoscopio por área de consulta				
Equipo de órganos				
Espéculos				

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO - ADMINISTRATIVOS				
Estructura organizacional del servicio				
Manual de funciones				
Manual de procedimientos				
Verificar la recepción del paciente para la asignación de las citas				
Verificar aleatoriamente sobre la asignación de citas si a todos los pacientes se les abre historia clínica.				
Atención al usuario: Se cuenta con algún mecanismo de información a los usuarios sobre:				
Se encuentran identificados los servicios que ofrecen				
Utilización de los servicios				
Fijación de los horarios de atención.				
Cuando es consulta externa institucional existe una dependencia para tal fin.				
Existen manuales de procedimientos y guías clínicas de atención.				

9. VERIFICACION DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA

COMPLEJIDAD

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

BAJA

C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

	C	NC	NA	
1. INFRAESTRUCTURA FISICA				
El servicio cuenta con área de ingreso independiente de las áreas de urgencias y hospitalización (Institucional).				
Es de fácil acceso a los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento(Laboratorio y Rx) (Institucional)				
CUENTA CON UNIDAD SANITARIA PARA EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA.				
Se encuentra señalizada				
CUENTA CON CANECAS Y PAPELERAS				
CUENTA CON EQUIPO DE RX				
Se encuentra señalizado				
Se encuentra aislado del área de espera				
Verifique la existencia de algún documento que identifique que se incluyeron las normas del ICRP (Comisión internacional de protección en radiología)				
El equipo tiene licencia				
Los operarios cuentan con carné de protección radiológica				
Cuenta con cuarto de revelado (Puede ser el cajón oscuro para revelar)				
Existe en cada uno de los consultorios un lavamanos para uso exclusivo del servicio				
El proceso de esterilización se encuentra				
En el consultorio				
Esta aislado				
Verifique los pisos del consultorio				
Sólidos				
Resistentes				
Fácil limpieza.				
Impermeables				
Antideslizantes				
Lavables.				
Uniformes.				
Cuenta con media caña				
Verifique los techos del consultorio				
Impermeables				
Incombustibles				
Resistentes				
Lavables				
Sólidos				
Fácil limpieza				
Las paredes del consultorio:				
Impermeables				
Lavables				
Sólidos				
Fácil limpieza				

Superficie lisa				
Incombustible				
Resistentes				
Cuenta con canecas y papeleras				
Las canecas y papeleras cuentan con:				
Tapa				
Resistentes				
Incombustibles				
Fácil limpieza				
Accionada por pedal				
Lavables				
Bolsas por color.				
2. RECURSO HUMANO				
El servicio cuenta con odontólogo				
Equipo básico				
Cuenta en el área con más de un equipo odontológico.				
Unidad odontológica que tenga				
Sillón con cabecera anatómica				
Escupidera				
Lámpara odontológica de luz fría				
Butaca giratoria con espaldar				
Bandeja para instrumental				
Eyector				
Jeringa triple				
Módulo de tres servicios con Negatoscopio y acople para pieza de mano				
Negatoscopio en caso de no tenerlo el equipo				
Dotación general				
Pieza de alta velocidad				
Micromotor				
Contra ángulo				
Compresor de aire				
Esterilizador				
Recipiente para desechos				
Recipiente dispensador para algodón y gasas				
Recipiente para esterilización en frío				
Mueble para guardar instrumental estéril				
Juegos de instrumental básico				
Espejos bucales (5)				
Exploradores doble extremo (5)				
Sondas periodontales (5)				
Pinzas algodonerías (5)				
Cucharillas y/o excavadores (5)				
Jeringas Cárpulas (2)				
Se tiene instrumental suficiente y en buen estado para los procedimientos que se realizan, tales como				
Operatoria				
Endodoncia				
Exodoncia simple y quirúrgica				
Periodoncia				
Instrumental adicional				
En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario correspondiente según la especialidad, y se dispone de muebles para el depósito del instrumental.				
PROCEDIMIENTOS TÉCNICO – ADMINISTRATIVOS				

Cuenta con la existencia de normas operativas específicas y generales para el funcionamiento del servicio como:				
Estructura organizacional del servicio (INSTITUCIONES)				
Manual de funciones (Si cuenta con personal adicional al profesional independiente				
Manual de procedimientos (Instituciones)				
Existen guías de atención en salud oral				
Se cuenta con los procedimientos que aseguren la disponibilidad de equipos (Instrumental) y material estéril				
Se conocen y se cumplen las medidas de Bioseguridad y las normas de limpieza y desinfección establecidas por la institución.				

OBSERVACIONES:

10. VERIFICACION AL AREA DE SERVICIOS GENERALES

COMPLEJIDAD
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

BAJA
C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

	C	NC	NA	
INFRAESTRUCTURA FISICA				
Verifique la existencia de un espacio fisico para implementos de aseo				
Cuenta con poceta				
Unidades para lavado de implementos de aseo				
Con espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos con el mismo propósito				
Verifique los pisos				
Sólidos				
Resistentes				
Fácil limpieza.				
Impermeables				
Antideslizantes				
Lavables.				
Cuentan con media caña				
Uniformes.				
VERIFIQUE LOS TECHOS				
Impermeables				
Incombustibles				
Resistentes				
Lavables				
Sólidos				
Fácil limpieza				
Las paredes				
Impermeables				
Lavables				
Sólidos				
Fácil limpieza				
Superficie lisa				
Incombustible				
Resistentes				
CUENTA CON CANECAS Y PAPELERAS				
Las canecas y papeleras cuentan con:				
Tapa				
Resistentes				
Incombustibles				
Fácil limpieza				
Accionada por pedal				
Lavables				
Bolsas por color.				
El mantenimiento es bueno				
El sistema eléctrico.				
RECURSO HUMANO				
Verifique que el servicio cuente con una persona responsable de las funciones de aseo				
Compruebe mediante la revisión de hojas de vida si el Recurso Humano no profesional posee certificado de estudios primarios completos e interroga a los funcionarios si han recibido entrenamiento en el área.				

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO – ADMINISTRATIVOS. Manuales.				
Funcionamiento				
Circulación				
Control de insectos y roedores				
Desinfección y aseo del servicio				
Solicite información sobre los mecanismos establecidos para la programación de necesidades de elementos de consumo				
Verifique que exista en un lugar visible la programación diaria de actividades del servicio				
Interrogue al personal del servicio sobre el conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad de limpieza y desinfección establecidas en la institución.				

OBSERVACIONES:

12. VERIFICACION SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

COMPLEJIDAD

BAJA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE; NC: NO CUMPLE; NA: NO APLICA

	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1. INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1.1. Sala de espera				
- El área es suficiente.				
- Independiente del área de circulación.				
- La silletería es adecuada				
Cuenta con canecas y papeleras y estas cuentan con:				
Tapa				
Resistentes				
Incombustibles				
Fácil limpieza				
Accionada por pedal				
Lavables				
Bolsas por color.				
La sala de espera cuenta con unidad sanitaria.				
Se encuentra señalizada				
Por sexo, una por cada 15 pacientes				
La unidad sanitaria cuenta con:				
Inodoro				
Toallero				
Jabonera				
Puerta ancho 0.80 mts				
Lavamanos.				
Dispensador de papel				
Papelera				
Cuenta con canecas y papeleras y estas cuentan con:				
Tapa				
Resistentes				
Incombustibles				
Fácil limpieza				
Accionada por pedal				
Lavables				
Bolsas por color.				
1.1.2. Area de recepción				
El área es suficiente.				
Independiente del área de circulación.				
La silletería es adecuada				
El sistema eléctrico se encuentra en buen estado.				
El área cuenta con buen mantenimiento				
1.2. AREA TECNICA				
1.2.1. Cuenta con área de toma de muestras				
Se encuentra señalizada				
Es independiente de la toma de muestras ginecológicas				
La silletería es adecuada				
El sistema eléctrico se encuentra en buen estado.				

El área cuenta con buen mantenimiento				
Los pisos del área de toma de muestras son:				
Sólidos				
Las paredes del área de toma de muestras son:				
Impermeables				
Lavables				
Sólidos				
Fácil limpieza				
Superficie lisa				
Incombustible				
Resistentes				
Cuenta con canecas y papeleras y estas cuentan con:				
Tapa				
Resistentes				
LABORATORIO CLINICO:				
Cuenta con área de lavado y esterilización de material				
El área es independiente				
Cuenta con mesones y pocetas para lavado y preparación de material				
El sistema eléctrico del área de lavado de material se encuentra en buen estado.				
El área de lavado de material cuenta con buen mantenimiento				
Cuenta con canecas y papeleras y estas cuentan con:				
Tapa				
Resistentes				
Incombustibles				
Fácil limpieza				
Accionada por pedal				
Lavables				
Bolsas por color.				
Area de microbiología.				
Es restringida al público				
El área es suficiente.				
Independiente del área de análisis de muestras				
La silletería es adecuada				
El sistema eléctrico se encuentra en buen estado.				
El área cuenta con buen mantenimiento				
Lavables				
Bolsas por color.				
Lavables				
.Bolsas por color.				
Area de recolección y manejo de basuras				
Cuenta con área específica para depósito de basuras				
Los residuos se desnaturalizan antes de su evacuación				
Los residuos se separan como: Sólidos, patógenos, biológicos y similares.				
Los otros residuos se separan como: vidrio, papel, madera, metal y los que son objeto de barrido y limpieza.				

Los objetos para descartar agujas y jeringas son de paredes rígidas.				
Áreas de circulación y señalización				
Entradas y salidas libres de obstáculos				
El sistema eléctrico se encuentra en buen estado.				
Área cuenta con buen mantenimiento				
En todas las áreas del Laboratorio clínico el fluido eléctrico es estable, uniforme y se garantiza las 24 horas.				
La temperatura de todo el Laboratorio Clínico se encuentra entre 15 y 20 °C				
Todas las áreas del Laboratorio cuentan con instalaciones eléctricas independientes para 110 y 120 voltios				
La Instalación hidráulica es suficiente en lo referente a localización y presión.				
RECURSO HUMANO				
- Verifique que el personal y profesional y auxiliar cuente con los registros correspondientes ante la autoridad competente				
- Cuenta con profesional en Bacteriología o Medicina con especialización en Patología clínica o en una de las áreas de laboratorio clínico como responsable del servicio.				
- Los profesionales que laboran en el área técnica cuentan con formación académica				
- Cuenta con auxiliares de Laboratorio clínico				
- Cuenta con Patólogo clínico de disponibilidad..				
- Verifique si el personal es capacitado periódicamente				
- Verifique si el recurso humano ha sido evaluado por el profesional responsable del servicio en forma periódica.				
- Se realiza en forma oportuna las siguientes actividades:				
Recepción de muestras				
Toma de muestras				
Transporte				
Procesamiento				
Análisis e informes de resultados				
Se mantiene un programa de garantía de la calidad				
Se administra, planea e implementan normas de calidad, costos y utilidad de los estudios realizados en el Laboratorio				
Cuenta con la existencia de normas operativas específicas y generales para el funcionamiento del servicio como:				
- Manual de procedimientos por área técnica que contenga:				
Tipo de muestra requerida				
Principio del método				
Método correcto de recolección de la muestra				
Indicadores de transporte y almacenamiento				
Preparación de reactivos				
Metodología				
Método de calibración y estandarización				
Cálculos				
Expresión de resultados				

Valores de referencia				
Anotaciones referentes a interferencias técnicas				
Bibliografía				
Cuenta con protocolos de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio.				
Cuenta con protocolos de procedimientos por áreas y son conocidos por todos				
Cuenta con manual de primeros auxilios.				
Cuenta con manual de bioseguridad				
En cuanto a bioseguridad				
Cuenta con sistema de alarmas				
Los extintores se encuentran en buenas condiciones y en lugares señalados				
Se tiene leyenda de PROHIBIDO FUMAR				
Se almacenan líquidos inflamables (Si la respuesta es afirmativa verificar):				
Se emplean recipientes incombustibles.				
Posee válvula de seguridad para el almacenamiento.				
Se tiene rotulado con el nombre completo el contenido de los recipientes.				
El deposito está identificado con la leyenda de " MATERIAL INFLAMABLE".				
Existe sistema de ventilación con recambio de aire.				
Riesgo eléctrico				
Se tienen cables con polo a tierra				
Los cables se encuentran en buen estado				
Se utilizan extensiones (NO ES PERMITIDO)				
Se poseen tomas múltiples (NO ES PERMITIDO)				
Los interruptores se encuentran marcados.				
Infraestructura del Laboratorio				
El laboratorio se encuentra ordenado y limpio				
Hay adecuados recipientes para basura.				
Se hace fumigación para roedores y plagas.				
Los equipos cuentan con hoja de vida y esta cumple con las siguientes condiciones:				
Fabricante y proveedor				
Modelo				
Serie				
Fecha de compra				
Localización				
Dirección y teléfono del fabricante				
Numero de inventario del laboratorio u hospital				
Precio				
Manual de operación				
Nombre dirección y teléfono del vendedor				
Nombre dirección y teléfono de la compañía que suministra el mantenimiento				
Fecha de garantía o compra				
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN				

- Se garantiza la confidencialidad de la información				
- Se tiene registro de los datos de los pacientes				
- Se tiene registro de los resultados de las pruebas				
- Los registros y documentos se guardan en archivo activo por un año				
- Los registros y documentos se guardan en archivo muerto por un año.				
- Los registros de control de calidad interno se conservan por un año				
- Los resultados de control de calidad externo se conservan por un año.				
- Hora de obtención de la muestra (Si aplica).				
- Fecha de informe de resultados.				
- Nombres y apellidos del médico que solicita el examen.				
- Nombre del examen con su respectiva técnico o método				
- Resultado del examen				
- Valores de referencia utilizados				
- Observaciones adicionales				
- Firma del responsable del examen				
Planillas de trabajo por área técnica que incluya:				
Consecutivo del registro interno				
Nombre y apellidos del paciente				
Examen practicado				
Resultados.				
Se hace notificación a la autoridad competente sobre : Cólera, Rabia, Meningitis, Sarampión, Difteria, Fiebre amarilla, Dengue hemorrágico, HIV, Hepatitis B etc.				
Cuenta con laboratorio de referencia y cual es:				
Atención al usuario: Se cuenta con algún mecanismo de información a los usuarios sobre:				
Se encuentran identificados los servicios que ofrecen				
Tiene listado de exámenes en lugar visible				
Se informa al usuario de los exámenes que se remiten y a que Laboratorio				
Fijación de los horarios de atención.				
Se tiene mecanismos para evaluar cualitativa y cuantitativamente la satisfacción de los usuarios.				

13. LISTADO DE EQUIPOS, INSUMOS Y TALENTO HUMANO DEFICITARIOS EN LA INSTITUCIÓN

URGENCIAS:

Descripción	Existe		Estado		Observaciones
	Si	No	Bueno	Malo	
Equipo de sutura					
Equipo de oniectomia					
Balanza de adulto					
Balanza niño					
Tijera para cortar gasa					
tensiómetro					
fonendoscopio					
Monitor de signos vitales					
Equipo de paro					
electrocardiografo					
Mesa para bandeja de mayo					
escalerillas					
Lámpara cuello de cisne					
Sábanas para urgencias					
Toallas para urgencias					
Puertas					
Equipo aire acondicionado					
Sillas para pacientes					
Sillas para Médicos					
Sillas para Auxiliar de enfermería					

Consulta externa por medicina (2 consultorios):

Descripción	Existe		Estado		Observaciones
	Si	No	Bueno	Malo	
Diapasón					
Martillo de reflejos					
Balanza de adulto					
Balanza niño					
Equipo de órganos					
Tensiómetro					
Fonendoscopio					
Cinta métrica					
Tallímetro					
Doppler obstétrico portátil					
Sábanas para camilla					
Toallas para					
Equipo aire acondicionado					
Sillas múltiples para área de espera					
médicos					
Auxiliar de enfermería					

Odontología (1 consultorio)

Descripción	Existe		Estado		Observaciones
	Si	No	Bueno	Malo	
escupidera					
Kit de ionomero de vidrio					
Toallas para					
Equipo aire acondicionado					
Auxiliar de odontología					

Laboratorio clínico (1 laboratorio)

Descripción	Existe		Estado		Observaciones
	Si	No	Bueno	Malo	
Equipo de baño de María					
Toallas					
Equipo aire acondicionado					
Auxiliar de laboratorio					

Prevención y promoción: (1 consultorio)

Descripción	Existe		Estado		Observaciones
	Si	No	Bueno	Malo	
Camilla ginecológica para citología					
Lámpara de cuello de cisne					
Balanza de adulto					
Balanza niño					
Instrumental para inserción de DIU					
Mesa de mayo					
Tensiómetro					
Fonendoscopio					
Cinta métrica					
Tallmetro					
Doppler obstétrico portátil					
Sábanas para camilla					
Toallas para					
Equipo aire acondicionado					
Jugetes para evaluación psicomotora en Crecimiento y desarrollo					
Sillas para pacientes					
Sillas múltiples para área de espera					

Necesidades inmediatas en Infraestructura:

14. VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION

PROMOCION Y PREVENCION	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Cuenta con las Normas técnicas de Detección Temprana y Promoción Especifica resolución 412 de 2000			
Las personas responsables de los procedimientos de Promoción de la salud y Prevención conocen las normas técnicas			
Cuenta con el manual Operativo de Promoción de la salud y Prevención			
El personal realiza actividades de Promoción de la salud y Prevención de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con las Normas Técnicas y guías de Atención			
Las Historias Clínicas cuentan con los tipos de registro para cada programa de Promoción y Prevención			
El personal a cargo de las actividades de Promoción y Prevención cuenta con la formación profesional adecuada de acuerdo con las Normas Técnicas			
CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION			
Se cuenta con la matriz de programación proyectada para la población de municipio			
La IPS cuenta con el “Consolidado Mensual de Actividades de Protección Especifica y Detección Temprana” correspondiente al mes anterior y su envío del municipio (verifique la firma y/o el sello y la fecha de envío o recibido)			
Se lleva monitoreo mensual de las metas de cumplimiento en Promoción de la salud y Prevención para los afiliados del municipio			
Se realiza evaluación periódica a las metas de cumplimiento y se establecen estrategias y planes de mejoramiento concertados para el aumento de las coberturas			
Las campañas publicitarias de la IPS incluyen información sobre la oferta de acciones de protección específica y detección temprana y la forma como la población afiliada puede acceder a ellas			
La IPS cuenta con material educativo que distribuye a la población afiliada por grupo de edad, genero y programa en el que resalta la importancia de las acciones de Promoción de la salud y Prevención e indica la forma como pueden acceder a ellas			
La IPS no aplica Copagos a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnica y guías de atención			
La IPS ha implementado estrategias para la medición del impacto de las actividades de demanda inducida en relación con la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana			
SISTEMA DE INFORMACION			

Cuenta con procesos de captura, facturación y reporte de actividades de Promoción de la salud y Prevención			
El Sistema de Información genera reportes de actividades de Promoción de la salud y Prevención a los afiliados del municipio			
El reporte generado por el Sistema de Información se confronta con los registros escritos de las actividades de Promoción de la salud y Prevención			
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA			
Se realiza el reporte de eventos centinela de calidad del municipio			
La IPS cuenta con el perfil epidemiológico, morbilidad por grupo etareo, sexo y servicio (consulta extrema, urgencias hospitalización)			
Los responsables conocen los protocolos de vigilancia epidemiológica (acciones a desarrollar ante un evento de Salud Publica)			
Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento implementados			

INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

PROMOCION Y PREVENCION	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
REQUISITOS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACION			
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN MENORES DE 10 AÑOS			
Se encuentra fuera del área de urgencias y hospitalización			
Se encuentra señalizado			
Tiene el horario de atención fijo y en un lugar visible			
Cuenta con iluminación, ventilación y espacio suficiente			
EL CONSULTORIO CUENTA CON:			
Camilla			
Equipo de órganos			
Equipo para valoración de conductas (cubos, espejo, cuento, pelota, lápiz papel)			
Equipo para la valoración de la agudeza auditiva (instrumentos sonoros de diferente intensidad de tonos, listado de palabras)			
Reglillas de talla – peso			
Escala para valoración de conductas (abreviada, deriver, gensini y gavito, AIEPI)			
SOLICITE UNA HISTORIA CLINICA DE UN PACIENTE INSCRITO AL PROGRAMA, REGISTRE EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA EL NUMERO DE FOLIOS Y VERIFIQUE:			
Que el primer control haya sido realizado por el medico			
Que el segundo control haya sido realizado por la enfermera			

Que en la consulta de primera vez se registra: Antecedentes (Perinatales, familiares, esquema de vacunación, resultado de tamizaje TSH, hemoclasificación y VDRL de la madre en el parto, riesgos psicosociales), educación a la madre según los hallazgos alcanzados			
Que se registran los riesgos alimentarios y de desarrollo			
EN LA HISTORIA CLINICA VERIFIQUE SI:			
Existe el registro de Medidas antropométricas			
Existe el registro de signos vitales			
En el diagnostico se incluye estado nutricional y factores de riesgo			
El medico dispone de la guía de atención para el niño con bajo peso o riesgo de desnutrición. Verifique mediante interrogatorio			
DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN			
El consultorio donde se realiza este programa Cuenta con:			
iluminación, ventilación espacio suficiente Lavamanos			
VERIFIQUE QUE EL CONSULTORIO ESTE DOTADO CON:			
Equipo de órganos			
Talimetro			
Balanza			
Escala de tanner			
Reglillas de talla, peso para adolescente			
SOLICITE UNA HISTORIA CLINICA DE UN USUARIO DEL PROGRAMA, REGISTRE EL No. DE LA MISMA, No. DE FOLIOS Y VERIFIQUE:			
Que se registran los antecedentes de Historia medica familiar y situación personal			
Que existen el registro de medidas antropométricas			
Que existe el registro de signos vitales			
En e diagnostico se incluye el estado nutricional y factores de riesgo			
Se registra el plan de intervención			
Se registra la información y orientación brindada al adolescente (incluyendo auto examen de seno)			
El servicio es prestado por el medico (firma o nombre del profesional que atiende la consulta). Verifique mediante observación			
El medico tiene conocimiento sobre que laboratorios solicita a este grupo en el programa de P y P (hemoglobina, hematocrito, VDRL, LDH y citología)			

CONTROL PRENATAL

PROMOCION Y PREVENCIÓN	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
CONTROL PRENATAL			
El servicio se encuentra señalizado y el horario de atención se haya fijado en un lugar visible			
El consultorio cuenta con lavamanos e iluminación y ventilación suficiente			
VERIFIQUE QUE EL CONSULTORIO ESTE DOTADO CON:			
Escalerilla			
Guantes			
Tapaboca			
La IPS cuenta con carne materno para la entrega a las usuarias			
Se encuentra disponible para la supervisión en el servicio, de la norma técnica para detección de alteraciones en el embarazo por parte del medico como de la enfermera			
Las atenciones son brindadas por el medico y la enfermera. Verifique mediante observación			
SOLICITE UNA HISTORIA CLINICA DE UNA MATERNA ATENDIDA, REGISTRE EL No. DE LA MISMA, No FOLIOS Y VERIFIQUE QUE SE REGISTRE:			
Los antecedentes (personales, familiares y gineco-obstétricos)			
El estado nutricional			
Tensión arterial			
Altura Uterina			
El reporte de laboratorios y el tratamiento en caso de afecciones			
Diagnostico que incluya el riesgo obstétrico			
Plan de tratamiento o manejo Seguimiento a los factores de riesgo			
VERIFIQUE QUE SE HAYAN SOLICITADO O QUE SE REGISTRE EL REPORTE DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS:			
Primer trimestre: hemograma, hemoclasificación, serología, uroanálisis, glicemia.			
Segundo trimestre: uroanálisis y serología según el riesgo			
Frotis de flujo en caso de leucorrea			
Citología			
En el control post parto verifique que se formule 1mg/día de ácido fólico mensualmente hasta los 6 meses post parto			
Verifique mediante interrogatorio a la enfermera o el			

medico que el hospital de referencia para remisión de gestantes de alto riesgo pertenezca a la red de servicios			
---	--	--	--

ADULTO MAYOR

PROMOCION Y PREVENCIÓN	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
CONTROL DEL ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS			
El servicio se encuentra señalizado y el horario de atención se encuentra fijado en un lugar visible			
El consultorio cuenta con lavamanos e iluminación y ventilación suficiente			
VERIFIQUE QUE EL CONSULTORIO ESTE DOTADO CON:			
Guantes			
Tapabocas			
Equipo para valoración de agudeza visual (optotipo de agudeza visual cercana y lejana, ocluser, linterna)			
Se dispone para su revisión en el servicio de la norma técnica para detección de alteraciones en el adulto y las guías de atención para el manejo de patologías crónicas (hipertensión y diabetes).			
SOLICITE UNA HISTORIA CLINICA DE UN ADULTO MAYOR DE 45 DE CADA SEXO, REGISTRE LOS NUMEROS DE HISTORIAS, EL # DE FOLIOS Y VERIFIQUE:			
Los antecedentes familiares, personales, factores de riesgos			
Tensión arterial			
Estado nutricional			
Valoración de agudeza visual			
Realización de examen de seno			
Los resultados de la valoración neurológica y esfera mental			
Diagnostico donde se incluya el riesgo			
Plan de tratamiento Laboratorios solicitados y resultados			
El medico tiene conocimiento de los laboratorios que solicita en la consulta de detección de alteraciones del adulto mayor de 45 años: (glicemia, perfil lipidito- HDL, LDL, triglicéridos, creatina, uroanálisis) verifique:			
El medico conoce la conducta a seguir con el usuario que no presenta factores de riesgo ni evidencia física de enfermedad crónica (brinda información sobre prevención y registra en la historia de acuerdo a los factores de riesgo). Verifique:			
VALORACION DE LA AGUDEZA VISUAL			

El espacio cuenta con iluminación suficiente			
VERIFIQUE SI CUENTA CON LA SIGUIENTE DOTACION:			
Ototipo de letras, simbólico o carta de Snetten			
Cartilla para valoración de visión próxima para alfabetos o analfabetas			
Ocluser			
Linterna			
Se encuentra con auxiliar de enfermería, enfermera o medico entrenado para la realización del examen. Verifique:			
Esta señalado el sitio donde el paciente debe pararse para el examen de visión lejana establecido a una distancia de 6 mts. Entre la persona y la tabla de Snetten			
VERIFIQUE AL RESPONSABLE DEL EXAMEN DE VISION LEJANA QUE:			
Registra el resultado del examen en forma numérica de fraccionarios			
Cuando el resultado es menor de 20/60 en la tabla de Snetten, se realiza el examen de refracción complementario			
Si después de la corrección optométrica la agudeza visual sigue siendo inferior a 20/50, se remite al paciente al oftalmólogo			
VERIFIQUE AL RESPONSABLE DEL EXAMEN DE VISION CERCANA QUE:			
Registra el resultado del examen en escala métrica (0.50m equivalente a 20/20)			
Cuando el resultado es menor a 0.50m a una distancia mayor a 40cm se realiza el examen refractivo complementario para visión próxima			
Si después de la corrección optométrica adecuada la agudeza visual no mejora. Se remite al paciente al medico general y este a su vez al oftalmólogo			

SALUD ORAL

PROMOCION Y PREVENCION	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
PREVENCION EN SALUD ORAL			
VERIFIQUE QUE EL SERVICIO CUENTE CON:			
Área para el lavado del instrumental			
Lavamanos para el uso exclusivo del personal			
Se cuenta con recipientes para desechos con pedal, tapa y bolsas blancas o rojas según corresponda			
Existe el manual de bioseguridad, limpieza y desinfección			
Se cuenta con el macromodelo, cepillo y seda dental			
Se cuenta en el servicio con la norma técnica de salud oral			
La unidad (como mínimo la tesfera, los brazos, lámpara de luz fría, las piezas de manos, la jeringa triple y la bandeja para instrumental) así como la lámpara de fotocurado se encuentran cubiertos con papel PVC			
Los elementos nombrados en el ítem anterior se limpian con una solución de hipoclorito de sodio al 0.5% al finalizar la atención de cada paciente			

verifique			
VERIFIQUE QUE EL PROFESIONAL EMPLEE:			
Careta protectora (en su defecto gafas protectoras)			
Un par de guantes desechables por paciente			
Tapabocas			
Bata manga larga			
VERIFIQUE QUE EL (LA) AUXILIAR DE ENFERMERIA EMPLEE:			
Mínimo 2 pares de guantes desechables. Un par para manipular elementos contaminados y otro para los elementos estériles			
Guante industriales para el lavado del instrumental			
Bata manga larga			
El profesional muestra al usuario los sitios tinturados con solución i pastillas reveladoras donde acumula placa bacteriana con el espejo facial. Verifique			
Para colocar el fluor el profesional emplea cubetas desechables. Verifique			
Para colocar el fluor el profesional aísla con rollos de algodón y coloca el eyector. Verifique			
Para colocar los sellantes el profesional aísla con rollos y eyector o tela de caucho y eyector. Verifique			
Luego de colocar los sellantes el profesional verifica la oclusión con papel de articular. Verifique			
VERIFIQUE QUE EL INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO SE MANIPULA ASI:			
Se inactiva sumergiéndolo completamente en solución acuosa de hipoclorito de sodio al 0.5% durante 2 a 5 min.			
Se lava con agua y jabón			
SEGÚN EL MATERIAL DEL QUE ESTA COMPUESTO SE COLOCA EN:			
Solución de glutaraldehído al 2% de 10 a 25 min para desinfección y de 6 a 8 horas para la esterilización			
AUTOCLAVE: SOLICITE EL MANUAL PARA OPERACIÓN DEL EQUIPO Y VERIFIQUE QUE LA TEMPERATURA Y EL TIEMPO DE ESTERILIZACION SEAN LOS INDICADOS POR EL			
En su defecto si se emplea esterilizador solicite el manual para operación del equipo y verifique que la temperatura y el tiempo de esterilización			
Una vez estéril el instrumental se conservan en cubetas metálicas con tapa verifique			
Se emplea el eyector. Verifique			
La nevera se destina exclusivamente para la conservación de materiales odontológicos. Verifique			
VERIFIQUE QUE LOS RESIDUOS BIOMEDICOS INFECTANTES (GUANTES, TAPABOCAS, EYECTORES, ALGODONES, TELA DE CAUCHO, Y GASAS) SE MANIPULEN EN SU ORDEN ASI:			
Inactivación química en solución de hipoclorito de sodio 5000ppm durante 2-5 min.			
Conservación en recipiente de bolsa roja			
Recolección para ser incinerados posteriormente			
La historia clínica se conserva en la misma carpeta que la historia clínica medica			
En la historia clínica se registra la entrega de material educativo al usuario			

15. ACTA DE VISITA DE SEGUIMIENTO A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

MUNICIPIO DE _____

FECHA DE ACTA DE VISITA DE SEGUIMIENTO:

NOMBRE DE LA INSTITUCION VISITADA: _____

De acuerdo a los hallazgos identificados en el acta de visita inicial y el compromiso en el plan de mejoramiento del prestador:

HALLAZGOS	ACCION DE MEJORAMIENTO	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	Cumplimiento de Acciones	
				SI	NO
1					
2					
3					
4					
5					

Se da por terminada la verificación y firman quienes intervinieron.

Por parte del Visitado:

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO

Por parte del Supervisor:

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO

FIRMAS
